

P001

SUCESSO DE UMA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA NA DIABETES TIPO 2

Oliveira A.¹, Neves J. S.¹, Pereira M.², Redondo M. C.³, Costa A.³, Ar-teiro C.⁴, Correia F.⁴, Carvalho D.¹

- 1 - Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar Universitário de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Endocrinologia, Porto
- 2 - Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar Universitário de São João, Psicologia, Porto
- 3 - Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Centro Hospitalar Universitário de São João, Enfermagem, Porto
- 4 - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Centro Hospitalar de São João, Nutrição, Porto

Introdução: De acordo com as novas recomendações para o tratamento da diabetes, a Educação Terapêutica é um elemento chave nas diferentes fases de orientação clínica. Existe pouca evidência científica do impacto destas intervenções a nível hospitalar em Portugal.

Objetivos: Avaliar o impacto no controlo glicémico de uma nova metodologia de sessões de educação terapêutica com uma importante componente motivacional realizada por uma equipa multidisciplinar que com conta com endocrinologia, enfermagem, nutrição e psicologia.

Material e Métodos: Foram avaliados 67 doentes com diabetes *mellitus* tipo 2 que completaram ciclo de sessões de educação terapêutica individuais e em grupo. Foram incluídos doentes enviados por descompensação glicémica de consulta de cuidados de saúde primários e de consultas hospitalares. Os doentes são avaliados em consulta de endocrinologia e são convidados a participar em programa multidisciplinar que inclui 3 sessões de grupo mensais seguidas de intervenção individual. Avaliamos o impacto da intervenção no controlo glicémico, número de hipoglicemias médias mensais e variação de IMC.

Resultados: Dos doentes analisados, 74,6% eram insulino-tratados, 9,0% estavam medicados com arGLP1 e 22,4% apenas com antidiabéticos orais. A média de idades era $60,0 \pm 8,7$ anos, 59,7% eram homens e o tempo desde o diagnóstico da DM era de $15,2 \pm 7,9$ anos. A HbA1c inicial era $8,8 \pm 1,1\%$, reduzindo no final para $7,5 \pm 1,1\%$ ($p < 0,001$), sem agravamento do IMC ($30,7 \pm 4,3$ kg/m² inicial vs. $30,6 \pm 4,1$ kg/m² no final, $p = 0,51$). Observámos uma tendência para redução das hipoglicemias mensais de $1,7 \pm 5,2$ para $0,9 \pm 3,5$ ($p = 0,337$) sem registo de hipoglicemias graves durante o período das sessões. Terminaram com insulina 83,6%, com arGLP1 23,9% e apenas com antidiabéticos orais 11,9%. Dos doentes que dispomos de HbA1c 6 meses após o término da intervenção observa-se uma tendência para redução da HbA1c de 7,7% para 7,5% embora sem significado estatístico.

Conclusões: A educação terapêutica pode ser implementada com excelentes resultados em apenas 4 consultas médicas quando apoiada numa intervenção multidisciplinar. As sessões de educação terapêutica melhoraram significativamente o controlo glicémico e o seu benefício manteve-se a longo prazo. As intervenções multidisciplinares em grupo aliadas a intervenções individualizadas são uma forma eficaz de melhorar o controlo glicémico na DM tipo 2.

P002

NEM TODA A HIPERGLICEMIA É (APENAS) DE STRESS! - PREVALÊNCIA DE PRÉ-DIABETES E DIABETES MELLITUS NÃO DIAGNOSTICADA NUMA UCI PORTUGUESA NÍVEL C (II/III)

Emídio A. C.¹, Faria R.², Messias A.², Meneses-Oliveira C.²

- 1 - Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo, Medicina Interna, Setúbal
- 2 - Hospital Beatriz Ângelo, Medicina Intensiva, Loures

Introdução: A hiperglicemia de *stress* (HS) pode surgir no doente crítico como uma expressão da disfunção multiorgânica ocorrendo frequentemente em doentes com tolerância normal à glicose e resolvendo após a recuperação do quadro agudo. Estima-se que possa atingir cerca de 80% dos doentes críticos dependendo do limiar utilizado para diagnóstico. A Diabetes *mellitus* (DM) tipo 2 e a HS têm mecanismos em comum que contribuem para a hiperglicemia. Ocorre redução da depuração de insulina, menor sensibilidade à insulina e consequentemente uma secreção insuficientemente aumentada para suprir as necessidades.

Não é contudo de excluir que uma percentagem significativa dos doentes com hiperglicemia na admissão na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) apresentem não HS, mas PD ou DM não diagnosticada. A distinção entre HS e DM pré-existente pode ser feita pela determinação da hemoglobina A_{1c} na admissão hospitalar, prática pouco habitual em Medicina Intensiva.

Objetivos: Determinar a prevalência de HS, PD e DM não previamente diagnosticados nos doentes admitidos numa UCI nível C (II/III); sinalizar/referenciar os doentes com diagnóstico *de novo* de DM ou PD.

Métodos: Durante 7 semanas, nas primeiras 48h de internamento, foi solicitada hemoglobina A_{1c} a todos os doentes admitidos com hiperglicemia (2 glicemias > 180 mg/dL) sem diagnóstico prévio de DM/PD. Foram excluídos doentes sob corticoterapia nos 2 meses prévios, grávidas, doentes com outras condições que pudessem afetar o controlo glicémico (exemplo: pancreatocetomia). Utilizaram-se os critérios de diagnóstico da *American Diabetes Association* para definir PD/DM. Foi registado no processo clínico o diagnóstico de HS/DM/PD.

Resultados: Dos 22 doentes com hiperglicemia, 12 (54%) apresentavam PD/DM não previamente diagnosticados (4 e 8 respetivamente). Trata-se de um valor inferior ao observado em estudos de base populacional, mas ainda assim significativo. Entre os doentes com diagnóstico de DM, a média de hemoglobina A_{1c} foi de 8,4%. Verificou-se que a prevalência de HS foi de 46%, um valor inferior ao descrito na literatura.

Conclusão: Apesar da nossa amostra ser reduzida, o período de doença aguda e a admissão na UCI constituem uma importante oportunidade para o diagnóstico de novos casos de PD/DM. Para isso, deve ser doseada Hgb A_{1c} a todos os doentes com hiperglicemia e sem história prévia conhecida de DM, sendo o diagnóstico de PD/DM inscrito na nota de transferência dos doentes para a enfermaria.